

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Paul HOUEVILLE

Moniteur d'Accouchements à la Maternité de Rouen,

Interne des Hôpitaux de Rouen,

Lauréat de l'École de Médecine de Rouen (Médailles d'argent 1888-89, 1889-90),

Lauréat des Hôpitaux de Rouen (Médaille d'argent 1888-89).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉPISTAXIS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM.
MARCHAND, professeur.
POIRIER, LEJARS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Paul HOUEVILLE

Moniteur d'Accouchements à la Maternité de Rouen,

Interne des Hôpitaux de Rouen,

Lauréat de l'École de Médecine de Rouen (Médailles d'argent 1888-89, 1889-90),

Lauréat des Hôpitaux de Rouen (Médaille d'argent 1888-89).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ÉPISTAXIS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM.
MARCHAND, professeur.
POIRIER, LEJARS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	REGNAULD.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Notre intention n'est pas de faire une étude complète de l'épistaxis, ce qui nous exposerait à redire des choses connues déjà depuis longtemps. Nous nous proposons, dans cette thèse inaugurale, de ne parler que d'une certaine variété d'épistaxis dites spontanées, de montrer que leur classification en épistaxis de cause générale, et épistaxis de cause locale n'a plus sa raison d'être, car, dans l'un et l'autre cas, on observe la même lésion : une ulcération ou plutôt une érosion siégeant sur la partie antéro-inférieure de la cloison.

Nous croyons utile de faire connaître également tous les travaux récents relatifs à l'anatomie histologique de la muqueuse pituitaire et, principalement, sa circulation; c'est, en effet, dans ce substratum anatomique que nous trouverons l'explication facile du mécanisme des épistaxis et leur anatomie pathologique. Cette lésion, toujours la même, étant démontrée, nous serons amenés à indiquer le mode de traitement que nous croyons le plus rationnel, celui qui amène la cicatrisation rapide de cette petite ulcération. Nous montrerons à ce propos l'inutilité et même le danger du tamponnement postérieur des fosses nasales, l'insuffisance des différents moyens généralement préconisés, et la supériorité que présente sur eux la cautérisation du vaisseau, source de l'hémorrhagie. Enfin, parmi les caustiques qu'il est possible d'employer, nous montrerons les

avantages offerts par le nitrate d'argent, et décrivons le manuel opératoire permettant de limiter son action à la région seule atteinte.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier vivement nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et de Rouen pour les enseignements qu'ils nous ont fournis, en particulier MM. les docteurs Petel, Cerné, Cauchois, Thierry.

Que M. le docteur Delabost, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, reçoive un hommage de notre reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a montrée depuis le début de nos études et les encouragements qu'il nous a prodigués.

Je dois aussi des remerciements sincères à M. le professeur Brunon. Sa haute science et le dévouement qu'il a montré dans ses conférences d'internat nous ont été un guide précieux dans nos études.

Nous prions M. le professeur Tillaux de croire à notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Je dois un hommage particulier à l'inspirateur de ma thèse, M. le docteur Paul Hélot, qui me fait le grand honneur de me recevoir dans sa famille. Qu'il reçoive ici l'expression de ma filiale affection.

L'épistaxis peut être d'origine traumatique, opératoire ou non, elle peut provenir d'une altération de la muqueuse pituitaire dégénérée, atteinte de lésions ulcéreuses, ou bien elle résulte de tumeurs telles que des polypes naso-pharyngiens; dans ce cas, le sang peut venir directement de la tumeur, ou être dû à l'hyperémie de la muqueuse. Enfin, elle peut être spontanée.

Par épistaxis spontanée, on entend généralement celle qui apparaît sous l'influence d'une cause peu importante, telle que l'action de se moucher, ou d'éternuer, ou de gratter la muqueuse pituitaire avec l'ongle. Pour Chiari, de Vienne, cette cause n'est même pas nécessaire et beaucoup, dit-il, surviennent en général spontanément, pendant le sommeil. La plupart des malades évitent de se toucher le nez, et cependant la guérison ne se produit pas, preuve évidente qu'il existe, au point qui donne du sang, un état anatomo-pathologique spécial. Le docteur W. Moldenhauer divise ces épistaxis en deux classes au point de vue clinique : la première comprend les épistaxis de cause locale, c'est-à-dire s'expliquant par une lésion des cavités nasales; à la seconde appartiennent les épistaxis de cause générale, dont la raison doit être cherchée ailleurs : toutes les affections dépendant d'un trouble circulatoire, d'un excès de tension, ou résultant d'une altération des vaisseaux, telle que l'artério-sclérose des vieillards ou des alcooliques; les dyscrasies sanguines : l'hémophilie, le pur-

pura, l'anémie, le scorbut, l'empoisonnement phosphoré, et toutes les fièvres éruptives.

Cette classification ne saurait être maintenue, car quelle que soit la cause, l'hémorrhagie se fait toujours par l'ulcération des vaisseaux situés à la partie antéro-inférieure de la cloison, à quelques millimètres de l'orifice des fosses nasales.

Une condition anatomique de la muqueuse pituitaire prédispose à cette lésion et a été bien démontrée par Kieselbach et Zuckerkandl.

La muqueuse nasale est un point de rencontre entre le système des carotides internes et celui des carotides externes : rameaux nasaux des artères ethmoïdales, ramuscules des pharyngiennes inférieures, des alvéolaires supérieures, des vidiennes, des ptérygo palatines, des palatines supérieures et surtout des branches des *sphéno-palatines*, qui sont le vaisseau principal de la muqueuse pituitaire.

Les veines, d'après Zuckerkandl, sont disposées en cinq groupes :

1° Un plexus nasal antérieur qui se dirige en avant vers l'orifice externe du nez ;

2°, 3° Des veines ethmoïdales qui montent vers le crâne et l'orbite ;

4° Des veines qui se dirigent en arrière vers le voile du palais ;

5° Des veines montant en arrière vers la fosse ptérygo-palatine.

Les corps caverneux qui se trouvent sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen, ainsi qu'aux extrémités postérieures des trois cornets, sont placés sur la muqueuse

même. Ils présentent, comme le corps spongieux de la verge, une couche superficielle à mailles étroites, ou réseau cortical, et une couche profonde à vastes lacunes. Les changements de volume de ce corps caverneux sont sous la dépendance du ganglion sphéno-palatin.

Kiesselbach, ayant observé que le siège de prédilection de l'hémorrhagie nasale était la partie antéro-inférieure de la cloison osseuse et le centre de la cloison cartilagineuse, a vu qu'à ce niveau la muqueuse offrait des dilatations capillaires analogues aux lacunes du tissu caverneux des cornets inférieurs ; en d'autres points, il a distingué des capillaires très dilatés arrivant jusqu'à la membrane nasale ; ailleurs enfin, il a trouvé un tissu nettement érectile, tandis que la région postérieure n'offrait aucune trace d'une semblable vascularisation.

Dès lors on comprend, que ces vaisseaux si richement développés, si insuffisamment soutenus par la trame de la muqueuse nasale, vont être très sensibles à toutes les modifications de la tension intra-vasculaire, à tous les raptus congestifs, et qu'en raison des conditions de fragilité locale, l'hémorrhagie sera souvent un accident de la fluxion.

Déjà, en 1880, Théophile Viennot (thèse de Paris) disait : « Quelle qu'en soit la cause, le siège de prédilection de l'épistaxis est dans la moitié inférieure de la muqueuse nasale, ce dont la répartition des vaisseaux rend très bien compte. Les vaisseaux artériels et surtout les vaisseaux veineux y sont si nombreux que le tissu de la muqueuse en prend un aspect quasi érectile. »

Chiari, de Vienne, en 1875, admettait un état variqueux des vaisseaux, et ajoutait que la muqueuse étant très ten-

due et surtout moins épaisse à cet endroit, le caillot obturateur n'amène qu'une thrombose incomplète et se détache au moindre effort, d'où épistaxis répétées.

Mais c'est surtout M. Bonhomme de Montaignut (thèse de Paris, 1882), qui a bien fait connaître ces varices nasales. Les veines et capillaires de la muqueuse pituitaire offrent de véritables diverticula formant de petites dilations ampullaires de volume variable, ordinairement peu considérable, siégeant tantôt sur un côté du vaisseau, tantôt tenant à la dilatation totale du vaisseau lui-même.

Cet aspect se retrouve dans toute l'étendue de la muqueuse, mais plus marqué surtout à la partie inférieure. Celle-ci, dont la structure est spéciale, semble formée presque entièrement de tissu spongieux réticulaire extrêmement fin et dans les mailles duquel il existe de véritables capillaires sanguins. Cette disposition s'accroît à l'état pathologique. Tous les auteurs expliquent la fréquence des hémorrhagies par la présence des veines nombreuses, mais aucun ne donne la disposition que M. Bonhomme de Montaignut a décrite sous le nom de varices nasales et qu'il a pu constater dans une autopsie, où il trouva la muqueuse nasale augmentée de volume, tuméfiée, turgescence; sa couleur était rouge vineux, vermeille en certains points; on y remarquait des irrégularités, des saillies, des bosselures: celles-ci, à leur surface, pressées par la muqueuse semblant soulevée par une tumeur sous-jacente. En examinant de plus près, on voyait ces tumeurs formées par des vaisseaux dilatés, ayant tous les caractères de veines variqueuses; elles étaient augmentées de volume, quelques-unes à peu près rectilignes, d'autres sinueuses, d'un calibre irrégulier,

présentant des dilatations comme celles que l'on rencontre à l'état normal, dilatations totales ou ampullaires, et que l'on peut comparer à des veines hémorroïdales. Celles qui formaient tumeurs étaient pelotonnées sur elles-mêmes et constituaient de petits paquets variqueux de peu de volume. La muqueuse autour était épaissie et les limites entre la paroi veineuse et la paroi pituitaire elle-même semblaient confondues; pour arriver à les distinguer, il fallut sculpter véritablement le vaisseau au milieu du tissu cellulaire épaissi et induré; ces veines ordinairement vides de sang, restaient béantes à la coupe et on put se rendre compte du calibre relativement considérable qu'elles présentaient malgré leur état de vacuité.

Dans cette seule autopsie, il fut impossible de découvrir la solution de continuité qui permit l'écoulement de sang, mais l'auteur suppose que, dans certains cas, on peut retrouver le point de la muqueuse qui, soit par altération, soit par rupture spontanée, a donné issue à l'hémorrhagie. Le mécanisme de la rupture variqueuse a pu être analogue à celui que l'on rencontre dans les ruptures qui se font au niveau des varices ordinaires : varices hémorroïdaires ou varices des membres inférieurs.

Depuis, la question des varices nasales a été reprise par M. Villedary (thèse de Bordeaux, 1887), qui, à l'examen rhinoscopique a vu une vascularisation très développée à l'orifice des fosses nasales, à la partie antéro-inférieure de la cloison, avec ou sans boursouffure apparente de la muqueuse. Ces petits vaisseaux dilatés et gorgés de sang rampent sur la muqueuse et se montrent par transparence. En un point, on voit une surface rouge sombre, légèrement

saillante au-dessus de la muqueuse pituitaire, et sur les bords, un réseau de vaisseaux délicats, allant se perdre dans l'épaisseur du tissu ambiant.

Ces mêmes vascularisations ont été vues par Voltoni de Vienne, Bandler, Calmettes (1884), par Carl Michel de Cologne, et par Hartmann qui, dans 98 cas d'épistaxis spontanées, a constaté presque toujours des dilatations veineuses sur lesquelles il trouvait une petite croûte noirâtre : celle-ci enlevée, l'épistaxis réparait immédiatement.

Ces petites saillies, grosses comme une tête d'épingle, d'un gris sale, souvent pulsatile, siégeant sur la partie antéro-inférieure de la cloison, ne sont pas considérées par tout le monde comme étant des varices ou des téléangiectasies ; le docteur W. Moldenhauer, en particulier, pense qu'il s'agit là ordinairement d'une solution de continuité d'un petit vaisseau d'origine traumatique ; le caillot qui obture les deux bouts de ce petit vaisseau, ne peut s'organiser, à cause des actions mécaniques auxquelles il est sans cesse exposé, il se détache facilement et est ainsi l'origine d'hémorrhagies nouvelles. Nous avons pu, dans bien des circonstances, rapporter à la cause que nous venons d'indiquer, plusieurs cas d'épistaxis se renouvelant plusieurs jours de suite.

Toutes les observations nouvelles montrent avec évidence que dans la très grande majorité des cas, l'épistaxis spontanée a son siège dans la partie antérieure des fosses nasales, et plus spécialement sur la partie cartilagineuse de la cloison. Les vaisseaux des cornets, qu'on supposerait à priori, plus prédisposés aux hémorrhagies à cause de leur structure caverneuse, en sont beaucoup plus rarement le

point de départ. Peut-être en faut-il chercher la raison dans la contractilité puissante des vaisseaux des cornets, qui ne permet pas au sang de s'épancher avec abondance, tandis que les connexions de la muqueuse avec la cloison, à laquelle elle est intimement unie et sur laquelle elle est fortement tendue, est loin d'être favorable à la rétraction des vaisseaux.

Cette opinion, confirmée d'ailleurs par un grand nombre d'examens qu'il nous a été donné de faire, est celle du D^r Mollenhauer, du D^r Lennon Browne et de plusieurs autres. Le D^r Albert Ruault, en particulier l'exprime ainsi : « On sait
« aujourd'hui que dans la majorité des cas d'épistaxis spon-
« tanée, le sang coule de la muqueuse de la partie antéro-in-
« férieure de la cloison cartilagineuse du nez, près du vesti-
« bule de la narine. Cette région, où la membrane est mince,
« accolée à une paroi résistante, et richement irriguée
« par des terminaisons de l'artère ophthalmique et de l'ar-
« tère faciale, est celle où les petits vaisseaux superficiels
« semblent se rompre avec le plus de facilité. C'est aussi celle
« qui est exposée le plus aux traumatismes divers, et,
« avant tout, aux érosions, si fréquentes chez les gens qui
« ont l'habitude d'introduire les doigts dans les narines. Or,
« et c'est là un point sur lequel je tiens à insister, ces éro-
« sions, qu'elles soient produites par l'ongle, ou par le frot-
« tement du mouchoir introduit avec le doigt, comme un
« doigt de gant, existent chez la majorité des gens atteints
« d'épistaxis à répétition. Elles sont d'ordinaire recouvertes
« de croute sanguines desséchées. Toutes les fois où les ma-
« lades remuent leur nez ou se mouchent, elles sont mobi-
« lisées et plus ou moins détachées du point qu'elles recou-

« vrent; elles irritent l'érosion sous-jacente et rendent sa
« cicatrisation extrêmement lente et difficile. Si le malade
« se mouche un peu fort, un léger écoulement sanguin se
« produit, et si alors ou peu après, il survient une poussée
« congestive du côté de la face, l'épistaxis apparaît. »

Ces épistaxis, qu'on a encore appelées *épistaxis par altération morbide des vaisseaux*, semblent résulter, d'après Virchow, d'un état particulier de minceur et de dégénérescence graisseuse des parois artérielles. Dans ce cas, l'état particulier des vaisseaux est loin d'être admis par tous les auteurs. Laveran, Tardieu, Grandidier font jouer un grand rôle à l'altération du sang. Les examens microscopiques faits par Laveran ne lui ont montré aucune altération des vaisseaux capillaires. On a proposé d'autres explications; ainsi Gintrac, pour expliquer la diathèse hémorrhagique, et par suite la ténacité et l'abondance des épistaxis à répétition, admet un développement incomplet, une organisation insuffisante de l'appareil circulatoire et en particulier du système artériel, joint à une dilatabilité et à une perméabilité anormales des capillaires. Quoiqu'il en soit de toutes ces discussions, nous croyons pouvoir dire avec M. Jaccoud, qu'il existe très probablement une altération des parois artérielles; car, que les vaisseaux soient modifiés ainsi que le dit Virchow (minceur et dégénérescence graisseuse), qu'ils soient modifiés comme le veut Gintrac (dilatabilité et perméabilité excessives), il est facile de comprendre que la rupture et l'hémorrhagie puissent survenir sous l'influence des causes les plus insignifiantes et avec l'apparence de la spontanéité.

Mais chez le vieillard, l'épistaxis reconnaît bien pour

cause efficiente l'altération vasculaire, qui d'ailleurs est constante à partir d'un certain âge (Charles Meyrignac, thèse de Bordeaux, 1887). L'altération débute par la tunique interne du système vasculaire, formée par une substance amorphe, homogène, transparente chez les jeunes sujets, grisâtre chez l'adulte, opaline chez le vieillard.

L'infiltration dont elle est le siège se traduit par un dépôt graisseux à l'intérieur des cellules, dépôt leur communiquant cet aspect opalin déjà signalé. Ces gouttes graisseuses se substituent peu à peu aux éléments de la paroi, diminuent progressivement le calibre du canal.

Cette altération progresse de la face interne à la face externe des parois, se substituant petit à petit aux éléments et amenant une perte plus ou moins considérable des parties qui la constituent.

D'après Freidreich et Payer, cette infiltration, en amenant un défaut de cohésion dans la paroi des capillaires, est la cause la plus fréquente des hémorrhagies interstitielles.

L'athérome n'est pas une conséquence fatale de l'infiltration graisseuse, et si bien souvent il la complique de ses manifestations, la faute doit généralement en être rejetée sur l'alcoolisme ou les diathèses.

La ligne même de démarcation entre ces deux lésions est bien tranchée; car si l'une est un phénomène purement passif et s'établit sans processus inflammatoire, l'autre consiste dans une prolifération plus ou moins active des éléments qui constituent la membrane interne des artères avec inflammation concomittante.

Cette altération des parois amène la diminution de la

résistance vasculaire, puis, comme conséquence, une altération du tissu ambiant, dont la consistance et la vitalité diminuées ne présentent plus un appui aussi résistant; enfin se produit en même temps une perte d'élasticité des tuniques artérielles et conséquemment une hypertrophie cardiaque. Les hémorrhagies se produiront donc facilement, et par les petits vaisseaux, par cela même que l'infiltration graisseuse y est toujours plus avancée que dans tout le système circulatoire, et que cette infiltration est le véritable facteur de l'hémorrhagie.

Aussi l'épistaxis doit mettre le praticien sur ses gardes, lorsqu'il l'observe chez le vieillard. « Dans ce cas, dit M. le « professeur Péter, si elle n'est pas symptomatique d'une « lésion du foie (et par suite d'une altération du sang) ou d'un « polype, le plus ordinairement cancéreux, elle est la conséquence et l'indice d'une dégénérescence des vaisseaux de « la pituitaire. Or, comme cette lésion n'est jamais isolée, « vous arrivez ainsi rapidement à la notion de l'état général du système vasculaire tout entier. » Le pronostic de l'épistaxis chez le vieillard doit donc être très réservé, car les hémorrhagies sont rares à cet âge, et lorsqu'elles se produisent elles sont symptomatiques non plus d'une lésion viscérale, mais d'une déchéance vitale caractérisée par le défaut de résistance des vaisseaux, et qui peut, du jour au lendemain, donner naissance aussi bien à une hémorrhagie cérébrale qu'à une épistaxis.

Reste à résoudre la question de la provenance artérielle ou veineuse du sang. Quand on considère l'aspect variable du sang perdu, on s'explique très bien la divergence des auteurs sur ce sujet. Ettmuller, cité par Grisolle, prétend

que le sang de l'épistaxis est artériel, se basant sur ce fait que le plus souvent il est rouge et conrescible. Cet auteur peut être dans le vrai, cependant le sang qui coule de la muqueuse pituitaire est largement en contact avec l'air extérieur, qui peut l'oxygéner et lui donner la couleur du sang artériel, alors même qu'il est sorti des veines. Pour la même raison, on ne saurait admettre le moyen qu'indique Rivière de reconnaître par la couleur du sang les épistaxis artérielles et les épistaxis veineuses. On comprend la nécessité de chercher un autre critérium ; le trouverons-nous dans l'examen microscopique, dans la spectroscopie ou même dans l'analyse chimique ? D'ailleurs il y a peut-être moyen de concilier ces deux opinions différentes, en admettant que les petits vaisseaux intéressés ne sont plus des artères, ni encore des veines, mais des capillaires.

Quant au mécanisme même de l'épistaxis, nous avons vu plus haut qu'en raison de la constitution anatomique de la région, tout ce qui augmentait la pression intra-vasculaire, exposait à l'hémorrhagie. Voici comment le Dr Jules Herck explique dans sa thèse le mécanisme de l'épistaxis dans la fièvre typhoïde par l'afflux considérable du sang dans le système artériel et capillaire. Le trouble vital produit la congestion caractérisée par la dilatation des capillaires, qui amène à son tour la paralysie des vaso-moteurs, paralysie à laquelle concourt l'épuisement résultant d'une inactivité trop prolongée des capillaires (Weatherhead). Ceux-ci laisseront circuler plus difficilement le sang qui y afflue, condition très favorable aux hémorrhagies.

Le capillaire étant dilaté, le sang y afflue, les parois sont distendues ou même altérées, quelques globules fil-

trent à travers les mailles, le flot les pousse, bientôt une petite déchirure se produit, et, par l'ouverture agrandie, le sang se précipite au dehors.

Nous avons vu plus haut que souvent les artères sont lésées, et présentent un épaissement de la tunique interne avec un certain degré de périartérite (Hayem, H. Martin). Donc ces canaux qui sont altérés dans leur structure, ne peuvent avoir ni l'élasticité, ni la contractilité indispensables à leur fonctionnement régulier. En plus de ces lésions matérielles, on trouve des troubles profonds de l'innervation vaso-motrice et une diminution très nette du tonus vasculaire.

Chez les tuberculeux la fluxion simple joue aussi le principal rôle dans les épistaxis des premières périodes, plus tard il faut accuser surtout les altérations qualitatives du sang, et peut-être faut-il faire une part aux lésions de la muqueuse.

Voici à ce sujet une observation de M. le docteur Tédénat, citée dans la thèse de M. le docteur Bouty (Montpellier, 1884).

X..., 26 ans, est atteint de phtisie pulmonaire dont le début remonte à 3 ans environ.

Le 15 octobre 1883, hémoptysie abondante qui dure jusqu'au 20. A cette époque nous constatons à la partie antérieure du cornet inférieur gauche, quatre petites ulcérations arrondies, de 2 millimètres de diamètre, à fond jaune grisâtre, bordées d'un liseré rouge. Nous pensons que ce sont des tubercules, d'autant mieux que nous constatons dans le voisinage quelques petits nodules non ulcérés ayant l'aspect du tubercule des muqueuses. Quelques jours après,

léger suintement sanguin par ces petites ulcérations qui s'étaient un peu agrandies. Cette légère hémorrhagie cessa sous l'influence de cautérisations au perchlorure de fer. Vers le 15 décembre écoulement purulent abondant par les deux narines avec des stries sanguines. Cet état continuait malgré les injections nasales faites avec une solution alunée, lorsque le 20 janvier le malade fut pris d'une épistaxis très abondante qui amena la mort. Nous avons pratiqué le tamponnement dès le 2^e jour, mais au bout de 2 heures le malade éprouva de violentes douleurs, disant que sa tête éclatait, et le sang vint à couler jusque vers le point lacrymal gauche.

Le 5^e jour, le malade perdait de 4 à 500 grammes de sang, malgré les injections d'eau chaude, les badigeonnages au perchlorure de fer...

Il est probable, tout en tenant compte des altérations du sang, que les ulcérations de la pituitaire n'étaient pas étrangères à l'abondance de l'hémorrhagie.

Mais c'est surtout dans la variété d'épistaxis dite génitale, et que le docteur Joal, du Mont-Dore, a parfaitement décrite, que l'on voit le rôle important joué par la turgescence exagérée des corps caverneux, dans le mécanisme de production des épistaxis. Tous les récents travaux de Bigelow, Voltolini, Zuckerkandl, Hach, Kiesselbach, J. Mackensie, sur la structure de la muqueuse pituitaire et la présence de tissu érectile dans les fosses nasales; ont eu pour résultat de modifier les idées jusqu'alors admises sur la pathogénie de certaines épistaxis. Aussi le D^r Joal propose-t-il la classification suivante.

1^o Epistaxis traumatiques et ulcéreuses (chute sur la

tête, coup sur le nez, cautérisations, ulcérations de la pituitaire) ;

2° Epistaxis dyscrasiques (altération des vaisseaux, altération du sang, hémophilie, scorbut, maladies du foie, de la rate ; artério-sclérose) ;

3° Epistaxis mécaniques (augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux artériels ou veineux. Efforts, cris, quintes de toux, vomissements, tumeurs du cou, engorgement du cœur droit) ;

4° Epistaxis vaso-motrices (turgescence par action réflexe du tissu érectile, tenant à une excitation locale ou éloignée).

Ce dernier groupe, le seul que nous ayons à envisager dans cette étude sur l'épistaxis génitale, avait été déjà signalé par plusieurs auteurs.

Puech, en 1861, dans un mémoire à l'Académie des sciences, montra que 18 fois sur 200 cas, la muqueuse nasale, à cause de son aptitude à l'hyperémie et à la rupture vasculaire, avait été le siège de menstruations supplémentaires. Il ajoute que ces épistaxis s'observent le plus souvent peu de temps après la puberté, ou bien aux approches de la ménopause. L'utérus est souvent sain, mais parfois on a noté des malformations utéro-vaginales.

Courty cite le cas d'une jeune fille qui avait des épistaxis supplémentaires sans jamais avoir été réglée. On reconnut l'absence complète de l'utérus et de la moitié supérieure du vagin.

Lennox Browne dit que parmi les causes constitutionnelles capables de produire des épistaxis sans qu'il y ait plaie ni ulcération de la muqueuse, il faut citer en première

ligne l'action des fonctions génitales. Il fait ressortir les rapports qui existent entre l'excitation génésique et la tumescence érectile des cornets. Aussi, dit-il, n'est-il pas étonnant que l'épistaxis s'observe si souvent au moment de la puberté, que ce soit une des conséquences de la masturbation ou une forme de déviation menstruelle, provoquée par une émotion morale violente ou une impression intense. Enfin Lennox Browne a noté des épistaxis supplémentaires chez une jeune fille dont le vagin était réduit à un cul-de-sac, et l'utérus à deux cornes (*Amer. J. of méd. sc.* 1872).

Puech, cité plus haut, a vu dans une autopsie que la formation des corps jaunes et la déchirure de la vésicule de de Graaf peuvent coïncider avec chaque hémorrhagie supplémentaire. De plus, les malades atteintes de ces déviations menstruelles peuvent être fécondées.

Une grossesse peut rétablir la régularité des menstruations.

Pauli (*Gaz médic.*, 1839, p. 636) a observé une fille de 17 ans chez laquelle, pendant 18 mois, une épistaxis remplaça le flux menstruel; elle devint mère et reprit sa menstruation régulière.

Cependant la déviation menstruelle peut se maintenir malgré l'accouchement. (Cas de Otto Obermeier, *Virchow's Archiv*, 1872.)

Ces épistaxis peuvent être, durant la grossesse, succédanées du flux menstruel supprimé.

Fraenkel, dans son article de *Ziemsens-Handbach*, cite le cas d'une femme qui avait eu cinq grossesses pendant lesquelles était survenu chaque mois une épistaxis. Ce qui

appelle la fluxion sanguine, déviée de l'utérus, sur la muqueuse nasale, c'est sa prédisposition à l'hyperémie, ce sont ses altérations pathologiques. Si elle est toute prête à la congestion, si au moment de l'irruption des règles, elle ne peut opposer à la fluxion et à la tension vasculaire, qu'une résistance limitée, le mouvement fluxionnaire, enrayé sur l'utérus, aboutit sur la muqueuse nasale à l'hémorragie.

Que, par exemple, un polype crée une condition d'infériorité de résistance pour la muqueuse nasale, celle-ci sera l'aboutissant de la fluxion déviée et d'une hémorrhagie supplémentaire.

Cauchois (Société de Biologie, 1872), cite le cas d'une femme âgée de 45 ans, atteinte de polypes des fosses nasales, et qui voit, pendant toute la durée de ses règles, l'épistaxis apparaître ou redoubler d'intensité.

Comme on le voit, les épistaxis génitales étaient déjà connues avant M. le Dr Joal, mais c'est lui qui a bien montré le mécanisme de leur production.

Aussi notre intention est-elle de le suivre dans son étude si complète de l'épistaxis génitale, et de lui emprunter, ne pouvant les citer toutes, les plus intéressantes de ses trouvailles bibliographiques. Chez certains sujets le tissu érectile de la muqueuse pituitaire a une grande aptitude à entrer en turgescence, et à se gorger de sang ; si la tension sanguine est trop considérable, et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés, ceux-ci se déchirent et leur rupture entraîne le déchirement de la muqueuse d'autant plus mince et moins résistante qu'elle est réduite à son revêtement épithélial.

Quelques auteurs soutiennent que le tissu érectile devient

turgide à l'état normal, sous l'influence de causes physiologiques, afin de déterminer des réflexes physiologiques et Hack pense que l'augmentation de volume des corps caverneux sert à protéger jusqu'à un certain point, les fosses nasales contre les influences délétères d'agents extérieurs. Quoi qu'il en soit, nous nous contentons de considérer le tissu érectile comme susceptible de se gonfler à la suite d'une excitation légère de la muqueuse nasale; il suffit, en effet, de l'action de certaines odeurs, de certaines poussières, sur la muqueuse pituitaire, pour que l'on constate cette turgescence.

Le rôle que jouent les poussières, les odeurs dans l'étiologie de l'épistaxis est connu de longue date; dans tous les ouvrages est cité le cas remarquable de Jean de Querceto, secrétaire de François I^{er}, qui avait des saignements de nez chaque fois qu'il sentait une pomme; on sait aussi que les vapeurs d'ammoniaque, les particules de jalap et d'ipéca pénétrant dans les fosses nasales peuvent déterminer des épistaxis, certaines prises énergiques sont également réputées comme capables de provoquer des hémorrhagies nasales.

Mais ces irritations directes sur la membrane pituitaire ne sont pas les seules qui puissent être suivies de gonflement du tissu érectile et d'épistaxis; les phénomènes turgides peuvent avoir pour point de départ des causes agissant en dehors des fosses nasales, des excitations par exemple portant sur les nerfs de la peau, de l'œil (refroidissement, coup de soleil, lumière vive).

Enfin, le réflexe prend parfois son origine dans des phénomènes psychiques, et l'on a rapporté des faits d'épistaxis à la suite d'émotions violentes, de frayeurs excessives,

d'accès de colère ; c'est ainsi que Morell-Mackensie fait remarquer, avec raison, que l'influence étiologique des grandes émotions n'avait pas échappé à l'esprit observateur de Dickens ; l'auteur anglais parle, en effet, dans son *Our mutual Friend*, d'une hémorrhagie nasale dont fut atteint Brodley Heaustone, alors qu'il poursuivait Eugène Wrayburn avec l'intention de le tuer.

Un malade d'Arviset avait un saignement de nez chaque fois qu'il se mettait en colère ; une jeune fille, donc Macnamara cite le cas, faillit mourir d'une épistaxis attribuée à la douleur que lui causait la mort de son père. La turgescence du tissu érectile se produit alors par le même mécanisme que la rougeur de la face d'origine émotive : l'épistaxis tient à un trouble des vaso-moteurs.

Chez les jeunes gens, où l'on observe beaucoup plus d'épistaxis qu'à tout autre âge, le facteur génital joue un rôle étiologique très important, comme l'a démontré le docteur Joal. Étant donné le mode de production des hémorrhagies nasales spontanées, il est logique de penser que le phénomène réflexe, la turgescence du tissu érectile, et la rupture vasculaire peuvent à la rigueur, aussi bien résulter d'une irritation génitale que d'une excitation cutanée, oculaire, intellectuelle. Mais il y a plus, l'intervention génitale mérite d'être mise en première ligne, elle se manifeste d'une façon toute spéciale, avec d'autant plus d'activité et de facilité qu'il existe une corrélation intime, une véritable sympathie, entre l'appareil de la reproduction et celui de l'olfaction.

Ces rapports physiologiques entre le nez et les organes génitaux ont été connus de tout temps, mais l'honneur

d'avoir établi ces relations sur une base vraiment scientifique revient à John Mackensie, qui, en 1884, publia dans *The American Journal of medical sciences*, un travail ayant pour titre : « De l'excitation de l'appareil sexuel, considérée comme facteur dans la production des maladies du nez. »

Ces rapports intimes entre le nez et l'appareil reproducteur, rapports qui sont de même ordre que ceux existant entre les organes génitaux, la mamelle, le larynx, ont été remarqués dès la plus haute antiquité, et John Mackensie rappelle que dans Ayurveda, le vieux classique indien, on trouve cité parmi les causes du rhume ordinaire, du *coryza*, l'*uxoribus concubitus*.

Celse conseille, au début d'un rhume de cerveau, d'éviter la chaleur et la femme.

Puis, ce sont les poètes et historiens latins qui nous apprennent que ces relations entre le nez et les organes sexuels n'avaient pas échappé à l'observation des anciens. On connaît le fameux distique :

Noscitur e labiis quantum sit virginis antrum.

Noscitur e naso quanta sit hasta viro.

Virgile, dans l'*Enéide*, dit que le châtimement réservé aux femmes adultères était l'amputation du nez

Truncas inhonesto vulnere nares.

Une foule de proverbes anciens établissent la croyance populaire qu'un fort appendice nasal est le signe d'une grande puissance virile.

De tout temps, les parfums, les odeurs, ont été recher-

chés par les femmes et employés pour faire naître les désirs vénériens.

« L'odorat, dit Cloquet, est en rapport immédiat avec
« les fonctions de la génération. Le soin que beaucoup de
« femmes mettent à se parfumer, semble en être une
« preuve; celle qui est savante dans l'art de plaire ne
« vous laisse pénétrer jusqu'à elle qu'après vous avoir pré-
« paré à l'effet de ses charmes par celui de l'odorat. »

Il n'est pas douteux, dit Luget (*Dict. encyclopédique*), que les fonctions génésiques soient celles sur lesquelles l'action des odeurs paraît se faire sentir le plus.

Chez certains animaux, l'approche du mâle est sollicitée par les odeurs que dégagent, au moment du rut, les glandes placées autour des organes génitaux; ces odeurs sont très pénétrantes dans certaines espèces (civette, chevreton, buffle, gorille), espèces sauvages qui ont le tissu érectile des fosses nasales bien plus développé que celui des animaux domestiques, aussi Arviset se demande, avec raison, si les corps caverneux des cornets ne sont pas destinés à devenir turgescents au moment du rut, dans le but de déterminer le réflexe de l'érection.

Le docteur Rullier fait aussi judicieusement remarquer que certains hommes lascifs trouvent, dans l'influence qu'exerce le *smegma vulvæ* sur la pituitaire, le principe de dispositions très érotiques; de même l'odeur de l'homme réveille chez quelques femmes ardentes le besoin du plaisir.

Enfin, est-il besoin de rappeler les *Renifleurs*, de A. Tardieu? Tous ces faits sont plus que suffisants pour établir qu'une sensation olfactive détermine souvent l'excitation des organes génitaux.

Entre le nez et l'appareil reproducteur, il existe donc des relations intimes au point de vue physiologique; et maintenant que la première partie de la proposition est démontrée, le docteur Joal prouve que, réciproquement, une excitation génitale peut provoquer la turgescence du tissu érectile des fosses nasales.

« Il est bien connu, dit Arviset, que lorsqu'un homme est en proie au désir vénérien, lorsqu'il est près d'une femme convoitée, ses narines se dilatent et deviennent battantes; sa respiration est accélérée, bruyante, tous phénomènes qui semblent pouvoir être rapportés à une obstruction partielle des fosses nasales par la muqueuse devenue turgescence. Plusieurs personnes, interrogées sur ce point, ont affirmé avoir eu de l'enchifrènement, de la gêne de la respiration nasale.

Isch Wall a fait également une petite enquête à ce sujet : plusieurs individus lui ont répondu que, après une nuit qui avait commencé par des excès vénériens, ils se réveillaient la langue sèche, ayant évidemment respiré par la bouche.

Stalpart Van der Wiel dit avoir connu un homme fort et robuste, qui était pris de trois ou quatre accès d'éternuements chaque fois qu'il caressait sa femme.

Elsberg rapporte le cas d'un individu atteint de catarrhe nasal, qui avait des éternuements après ou même pendant chaque coït. Il ajoute qu'un fait semblable lui a été communiqué par le docteur Tilly, de Chicago.

Le docteur Joal parle d'un de ses confrères, chez lequel les rapprochements sexuels déterminent des éternuements spasmodiques qui l'importunent fort.

En 1884, le Dr Joal donna des soins à un négociant de

Paris, atteint d'asthme. En arrivant au Mont-Dore, cet homme, jeune et vigoureux, était en pleine santé; il lui dit qu'il n'avait pas été oppressé une seule minute depuis trois semaines, moment où il avait quitté sa famille. Pendant les quinze premiers jours de son traitement, pas la moindre trace de dyspnée; mais une crise d'asthme survint aussitôt que sa femme vint le rejoindre au Mont-Dore. La vraie cause de la dyspnée ne fut pas saisie. Mais l'année suivante, le malade vint de nouveau seul dans la station, après avoir fait un voyage d'affaires; il respirait parfaitement au début de la cure, et l'oppression le reprit encore avec l'arrivée de son épouse. Ceci éveilla les soupçons du docteur Joal, qui interrogea son malade, et reconnut qu'il ne pouvait faire des excès conjugaux sans être atteint d'un accès de suffocation, qui débutait par des éternuements et du larmolement, symptômes indiquant bien l'origine nasale de l'asthme.

Un autre argument en faveur de cette opinion est fourni par l'apparition des phénomènes pituitaires qui se montrent chez certaines femmes aux époques menstruelles. Des personnes, au moment des règles, ont le nez obstrué, avec accès d'éternuements, sécrétion profuse, ou bien avec toux, migraine, asthme, gonflement et rougeur de la peau du nez, vertiges, tous symptômes qui ont pour point de départ la turgescence du tissu érectile. Ces manifestations se produisent régulièrement à chaque période menstruelle, elles sont surtout prononcées lorsque la crise est à son apogée, elles cessent en même temps que le flux cataménial.

Arviset a examiné le nez de plusieurs personnes, chez

lesquelles il a observé pendant les règles la turgescence du tissu érectile.

Le docteur Joal a traité une jeune femme de 23 ans qui, chaque mois, la veille de son époque, ressentait une douleur violente de tête à la région frontale, avec nausées et vomissements. Il y avait, en outre, de l'enchifrènement, des éternuements et une sécrétion nasale assez abondante. Il a nettement vu à plusieurs reprises que les cornets inférieurs augmentaient de volume à l'approche des règles, et a pu, par l'usage du galvano-cautère, débarrasser la malade de ces céphalalgies périodiques, ce qui prouve bien qu'il avait affaire à des réflexes nasaux, produits eux-mêmes par un réflexe ovarien.

L'observation clinique révèle du reste toute une série de faits qui démontrent bien l'influence du facteur génital sur le développement des affections nasales; et John Mackensie, dans un savant mémoire, a insisté sur ce point. Il a vu chez bon nombre de femmes atteintes de maladies nasales l'affection s'aggraver au moment des règles, ou par suite d'excès génitaux. C'est ainsi que dans les cas d'ozène, l'odeur fétide est bien plus prononcée aux époques menstruelles, remarque qui avait été déjà faite par Trousseau.

L'abus des plaisirs sexuels, dit Joal, intervient d'une façon nuisible sur les affections nasales existant déjà; les personnes, par exemple, qui souffrent d'un coryza, constatent une augmentation des symptômes après une nuit consacrée à Vénus.

La coexistence d'une maladie de l'utérus ou des ovaires exerce une action marquée sur la marche des affections nasales. Mackensie a rencontré des cas où ces dernières,

après avoir résisté à tous les traitements, furent maîtrisées lorsqu'ils s'aperçut de la maladie concomitante des organes génitaux et qu'il dirigea contre elle un traitement spécial.

Bien plus, l'excitation sexuelle, portée au-delà de ses limites physiologiques, peut créer de toutes pièces un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale. Les phénomènes morbides, qui au début consistaient en des congestions et des inflammations passagères, par leur répétition et leur augmentation progressive, finissent par se fixer sur la muqueuse d'une façon permanente et par altérer la structure des cornets. C'est ainsi que les masturbateurs invétérés sont exposés au catarrhe chronique, avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif.

Tous ces faits sont bien de nature à montrer les rapports intimes qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur, et à établir l'influence des excitations génitales sur le développement dans les fosses nasales de phénomènes physiologiques et pathologiques. De la turgence du tissu érectile, nous pouvons conclure à priori à l'existence d'épistaxis d'origine génitale, car nous savons que les corps caverneux une fois en érection, il suffit d'une rupture des capillaires dilatés pour que l'épistaxis soit constituée.

Du reste la clinique confirme cette opinion. Morell Mackenzie rapporte un fait d'Hildaners, relatif à un homme pléthorique nouvellement marié, qui fut pris immédiatement après le coït, d'une violente hémorrhagie, probablement causée par cet acte.

Cloquet dit dans son *Osphrésilogie* : « On a vu des individus d'un tempérament sanguin être affectés d'hémorrhinie après le coït. »

Génie, dans sa thèse inaugurale (1876), indique également les excès de coït comme susceptibles de provoquer des hémorrhagies nasales ; nous devons, toutefois, faire remarquer que ces auteurs se méprennent sur l'interprétation des faits, et qu'ils attribuent à la pléthore, à des efforts, ce qui est dû à l'excitation sexuelle.

Isch Wall connaît deux jeunes gens qui, au début de leur vie génitale, étaient pris d'épistaxis à chaque coït. Actuellement encore, ces personnes ont de la gêne de la respiration nasale au moment des rapprochements sexuels.

Enfin, la plupart des épistaxis supplémentaires que nous avons citées au début de ce chapitre des épistaxis génitales, reconnaissent aussi, selon Joal et Hack, le même mécanisme. Ce dernier dit à ce propos : « Un fait me paraît être
« de la plus grande importance, c'est que la congestion
« provoquée par la menstruation vers les organes sexuels
« internes de la femme peut, par réflexe, avoir pour conséquence une congestion semblable vers les organes érectiles
« du nez. Cette congestion, on le sait, est quelquefois si
« forte que le nez saigne abondamment, et parfois ces pertes
« de sang sont tellement plus considérables que les pertes
« par voies physiologiques, qu'elles ont reçu le nom de
« vicariantes. »

Le docteur Joal montre de plus que l'onanisme peut être la cause de certaines épistaxis, et il rapporte des cas d'hémorrhagie nasale liées à des pratiques honteuses.

Il cite en particulier le cas d'un pauvre garçon de 14 ou 15 ans qu'il a connu au lycée, et qui se livrait à la masturbation. Cet élève, paresseux et incapable de tout travail

intellectuel, avait trouvé, pour éviter les punitions, un moyen qu'il jugeait ingénieux et dont il se targuait sans aucune espèce de pudeur. Il se masturbait avec fureur plusieurs fois de suite jusqu'à ce que le sang coulât de son nez et qu'il fut conduit à l'infirmerie. Les épistaxis assez abondantes et assez répétées amenèrent bientôt un état prononcé d'anémie et de débilitation générale, et on, dût renvoyer le jeune homme dans sa famille.

Dans les cinq autres observations que cite le docteur Joal, il est encore démontré que certaines épistaxis sont provoquées par des excitations sexuelles, par la masturbation. L'auteur pense même qu'étant données la vulgarisation des pratiques honteuses et l'influence du foyer génital sur le tissu érectile du nez, il est probable que les épistaxis d'origine sexuelle occupent le premier rang parmi les épistaxis des adolescents. Il ajoute même que l'épistaxis spontanée doit être l'apanage exclusif de l'adolescence, parce que de tous les agents étiologiques, le facteur génital est le seul qui fasse surtout sentir son action au moment de la puberté, à cet âge où commence pour les individus la vie génitale.

DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE

L'origine de l'épistaxis étant ainsi reconnue, grâce à des symptômes que nous croyons inutile de répéter, il reste avant d'appliquer le traitement à savoir si elle est bien de cause générale ou locale. Ce diagnostic pathogénique devra être basé sur l'observation clinique. L'hémorrhagie nasale peut être en effet causée par un traumatisme, une tumeur de la région ou du voisinage, une lésion ulcéreuse, ou simplement, comme nous venons de le voir, par une hyperémie de la muqueuse, d'origine réflexe. Si l'examen local reste négatif, on devra rechercher les tares viscérales, les dyscrasies, les diathèses, que l'on puisse incriminer.

La première catégorie de ces épistaxis que l'on peut appeler traumatiques reconnaît pour cause tous les traumatismes atteignant la muqueuse, les os du nez. Elles sont de diagnostic facile. Le pronostic varie et devient plus grave lorsque le traumatisme a porté sur le crâne, ou après une chute sur le vertex, les pieds. Dans ce cas, l'écoulement sanguin persiste, déteint graduellement, devenant sérosité sanguinolente, il est dû à une fracture basale du crâne, et s'accompagne ordinairement d'ecchymose orbitaire, d'écoulements séreux auriculaires.

Quant aux épistaxis que l'on peut appeler ulcéreuses et dont nous avons parlé déjà plus haut à propos d'un malade atteint de phthisie pulmonaire, elles relèvent en effet presque toutes de la tuberculose, de la syphilis, ou même d'une rhinite chronique tout simplement. Les hémorrhagies, dans ce cas, sont peu abondantes, mais fréquentes. Il y a en même temps de l'enchifrènement, du nasonnement, une odeur fétide de la respiration, en même temps qu'un suintement nasal muqueux strié de sang.

Le diagnostic sera de même facile à établir pour les épistaxis causées par la présence de corps étrangers dans les fosses nasales. Dans le cas de rhinolithé, on verra la muqueuse boursouflée, fongueuse, enchâssant le corps étranger. La présence d'insectes telles que la mouche bleue de la viande ou de la *lucilia hominivora* dans les pays chauds, peut donner lieu à des épistaxis comme l'a démontré Coquerel.

Une autre variété d'épistaxis due à l'existence de polypes naso-pharyngiens, se reconnaît plus facilement en ce qu'elle atteint presque exclusivement des hommes de 18 à 25 ans, et qu'elle détermine de la gêne de la respiration nasale, de l'enchifrènement, des céphalalgies, des épistaxis fréquentes et abondantes, mêlées à des sécrétions purulentes fétides.

La tumeur amène l'hyperémie dans le voisinage, puis la rupture des capillaires devenus très nombreux et à parois embryonnaires fragiles et minces.

Mais le meilleur élément de diagnostic est l'examen des fosses nasales. Voici comment procède le docteur Albert Ruault : « Toutes les fois où je suis consulté par des malades n'accusant pas d'autres symptômes que des épistaxis

« fréquentes, survenant par une seule narine, dans certaines
« conditions, presque toujours les mêmes (quelques fois au
« lit, plus souvent à la fin des repas un peu copieux, ou dans
« les appartements surchauffés, après s'être mouché forte-
« ment...), je commence par examiner la région antérieure
« de la fosse nasale en prenant quelques précautions spé-
« ciales. J'introduis avec douceur dans la narine, à un centi-
« mètre au plus de profondeur, un spéculum bivalve, en
« ayant soin de placer la valve fixe en bas, parallèlement
« au plancher.

« J'écarte alors la valve mobile à l'aide de la vis, et je
« relève ainsi le bout du nez et dilate la narine de bas en
« haut, sans toucher et en laissant visibles les régions laté-
« rales, et notamment la partie antérieure de la cloison.
« Si je constate en ce point la présence d'une croûte san-
« guine noirâtre, adhérente, de volume variable, je retire
« doucement le speculum et m'en tiens là. »

Le docteur Moldenhauer conseille, pour faire un bon examen des fosses nasales antérieures, d'employer un bon éclairage simplement, et de ne pas se servir de speculum. En effet, outre le désavantage qu'il y aurait à masquer le point malade, le simple contact de l'instrument avec la muqueuse malade, peut, comme l'a démontré le docteur Joal, faire entrer en turgescence le tissu érectile de la muqueuse et par suite provoquer une hémorrhagie. La présence d'un petit caillot sanguin, d'une petite élevation rouge grisâtre, d'une érosion superficielle est suspecte, et, en touchant ce point avec le stylet, on se convaincra aisément de sa relation avec l'épistaxis spontanée; d'ordinaire le sang se met aussitôt à ruisseler avec force. Les causes qui viennent

d'être indiquées existent généralement d'un seul côté, et, lorsque l'épistaxis spontanée se produit toujours avec la même narine, il est certain qu'il s'agit d'une lésion locale.

Au contraire, si après avoir examiné les fosses nasales dans toutes leurs parties et dans tous leurs recoins, on ne trouve aucune des causes qui viennent d'être indiquées, on doit alors diriger son attention vers l'état général, surtout vers les troubles possibles de l'appareil circulatoire.

Reste enfin à déterminer la narine qui saigne (les cas où le saignement a lieu des deux côtés sont rares, et on ne sera pas plus embarrassé pour le traitement pour deux côtés que pour un). Le docteur A. Martin après avoir fait moucher le malade, place aussitôt après un doigt sur l'un des côté du nez, de façon à comprimer la partie antérieure de la cloison. Suivant que le sang continue ou cesse de couler par l'autre narine, on sait de quel côté est le vaisseau qui donne.

TRAITEMENT

Nous arrivons au point important de notre étude: au traitement.

Précédemment nous avons suffisamment indiqué que nous considérons dans l'étiologie de l'épistaxis deux conditions tout à fait différentes, celles où l'état général domine la situation, et dans lesquelles l'hémorrhagie n'est qu'un accident, un épiphénomène — et celles beaucoup plus fréquentes où l'état général ne peut être sérieusement incriminé, et où la lésion locale fait toute la maladie.

Il va de soi que le traitement ne saurait être le même dans l'une et l'autre circonstance. Il sera général dans les altérations du sang, les maladies des vaisseaux, les troubles circulatoires, etc..... Il sera purement local dans l'autre cas.

Souvent le traitement de la maladie générale suffira pour faire disparaître l'accident qui en dépendait, et l'on se félicitera de n'avoir pas agi directement sur l'hémorrhagie, car il en est qu'il faut respecter; celles, par exemple, qui se produisent chez des individus sanguins, qu'un saignement de nez soulage; celles qui, comme une soupape de sûreté, protègent contre des accidents plus graves; empêchent, dans des cas d'hypertension artérielle, et d'altération sclé-

reuse des vaisseaux, une rupture de se faire dans le cerveau.

Les hémorrhagies compensatrices chez les femmes doivent aussi être respectées, à moins que, par leur fréquence ou leur abondance, elles ne deviennent évidemment nuisibles.

Dans certains cas le résultat doit être obtenu par voie indirecte, lorsque l'épistaxis reconnaît pour cause une tare viscérale, comme dans le cas rapporté par Verneuil à l'Académie de médecine (1887). Dans cette communication, l'éminent chirurgien expose les résultats obtenus par l'application de vésicatoires sur la région hépatique dans le traitement d'épistaxis rebelles. Pour lui, quand ces hémorrhagies ne sont pas causées par une blessure, ni par un corps étranger, ni par un néoplasme des fosses nasales ou du pharynx, elles doivent être considérées comme un symptôme de toxémie ou de dyscrasie. D'où la nécessité de faire, dans le traitement, la plus large place aux médicaments hémostatiques dits indirects. Or, dans ce cas rapporté par M. Verneuil, une lésion du foie ayant été constatée ou soupçonnée, les vésicatoires appliqués sur cette région ont arrêté des épistaxis contre lesquelles tous les moyens ordinaires avaient échoué. M. Verneuil a eu d'ailleurs plusieurs fois l'occasion de constater que dans certaines opérations, dans les cas de tumeurs ulcérées, la persistance de l'écoulement sanguin a coïncidé avec une affection du foie.

Dans l'observation suivante, que M. le docteur Paul Hélot nous a communiquée, nous trouvons un cas analogue traité avec succès par le même procédé.

Madame B..., 72 ans, rue... (novembre 1890), a des di-

gestions mauvaises, des vomissements bilieux fréquents avec disposition vertigineuse. Depuis plusieurs semaines saigne abondamment du nez, mais persuadée que cette perte du sang lui est favorable, la malade ne me fait demander qu'après une hémorrhagie tout à fait abondante, pendant laquelle elle avait perdu connaissance.

Je trouve dans la narine droite une petite ulcération couverte d'une croûte qui saigne abondamment dès que j'y touche. Une simple boulette de coton fortement appliquée arrête immédiatement l'écoulement.

Madame B... a le foie volumineux et légèrement sensible. Je prescris pour le lendemain un purgatif au calomel, et je fais appliquer, suivant les conseils de Verneuil, un vésicatoire sur la région du foie.

Le lendemain, léger écoulement de sang au moment où j'enlève le coton, qui est aussitôt remplacé. Je me propose de faire une cautérisation au nitrate d'argent ainsi que j'en ai l'habitude, mais la malade la refuse pour le moment.

L'écoulement d'ailleurs ne se fit plus pendant plusieurs mois, et la malade ne me fit plus demander pour ce motif. Mais j'ai su par elle, qu'à plusieurs reprises elle avait arrêté ses hémorrhagies qui se répétaient de nouveau, en appliquant d'elle-même un vésicatoire sur la région hépatique.

Cette manière de faire est absolument sage, et l'on fera bien de s'y conformer.

Voyons maintenant si nous avons affaire à une épistaxis qu'il importe de faire cesser, quels moyens nous avons pour arriver à ce but.

Ils sont de divers ordres, les uns agissent indirectement, comme les sinapismes, les ventouses sèches, la ventouse

Junod. Les hémostatiques médicaux comme le perchlore de fer, l'eau de Rabel, l'ergotine par voie stomacale ou sous-cutanée. Les autres agissent directement comme les irrigations d'eau chaude, les applications de perchlore de fer, les caustiques, les poudres hémostatiques, les astringents : l'alun, le tannin, le sulfate de zinc, l'antipyrine, la cocaïne et le tamponnement.

Ces divers moyens, au milieu de tant d'autres du même genre, ont donné des guérisons; aussi nous arrêterons-nous sur ceux qui remplissent des indications particulières.

Quand il s'agit d'une hémorrhagie, quelle qu'en soit la cause, dont le siège est inaccessible à la vue et au toucher, de nombreux sinapismes sur les membres inférieurs, la ventouse Junod appliquée successivement sur les jambes et les bras, pourront déterminer une dérivation suffisante pour faire cesser l'écoulement. En même temps on agira sur les vaisseaux directement par des irrigations faites dans les fosses nasales avec de l'eau aseptique à 45°, par des petits tampons de coton imbibés d'une solution d'antipyrine à 1/5 ou de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, tandis qu'indirectement on pourra recourir au même résultat par des injections sous-cutanées d'ergotine.

Dans les cas d'hémophilie ou de purpura hémorrhagique on aura recours au perchlore de fer et à l'eau de Rabel, en boisson. Nous rejetons d'une façon absolue le perchlore de fer appliqué localement, et toutes les substances qui peuvent retenir le sang caillé dans les fosses nasales. Le malade devra éviter de se moucher, de faire des efforts, de trop pencher la tête en avant et en bas. Il gardera le lit,

dans l'immobilité, la tête élevée et légèrement inclinée pour éviter le reflux du sang dans l'arrière-gorge.

Il est très rare que ces moyens ne réussissent pas. S'ils manquent leur effet et qu'il y ait urgence d'agir, on pratiquera le tamponnement antérieur.

Pour le pratiquer, il faut préparer des tampons de coton hydrophile à l'acide borique, gros comme une noisette, les attacher en queue de cerf-volant avec un fort fil aseptique. Il en faut non pas plein un chapeau comme le veut Pajot pour le vagin, mais plein un verre à vin de madère. Le premier tampon de coton est porté en s'aidant d'un speculum nasi et d'un bon éclairage, aussi loin que possible vers l'ouverture postérieure des fosses nasales; un deuxième, un troisième tampon succèdent rapidement au premier, puis on en applique vers la fente ethmoïdale, toujours en les tassant bien, et on achève de remplir les narines jusqu'à l'ouverture. Ce moyen est un pis aller qui ne doit être employé que pour parer à un accident que les autres moyens n'ont pu combattre, et pour gagner du temps. Il ne doit pas rester en place plus de 24 heures et doit être retiré avec beaucoup de précautions, en mouillant chaque tampon, s'il ne se détache pas de lui-même.

Le tamponnement antérieur sera d'autant plus utile que dans l'immense majorité des cas d'épistaxis spontanée, la source de l'hémorrhagie réside dans la portion antérieure des fosses nasales. Comme le conseille Moure, dès que le malade est pris d'une épistaxis spontanée, il peut serrer assez fortement les ailes du nez contre la cloison avec les doigts, et amener ainsi un tamponnement antérieur naturel. (Voir à la fin l'observation III du docteur Paul Hélot.)

Quant au tamponnement postérieur des fosses nasales avec la sonde de Belloc, tel que le décrivent les auteurs classiques, nous nous proposons de démontrer son inutilité, sa difficulté d'exécution et même ses dangers. D'ailleurs, bien que décrit partout, il n'est guère en usage, et l'on doit en croire Gosselin (*Gaz. des Hôpitaux*, 1882) qui écrivait ces lignes : « Le tamponnement postérieur est une « mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans « des cas très rares, si rarement que je ne me rappelle pas « l'avoir appliqué plus d'une fois. »

C'est d'ailleurs une opération difficile à cause des syncopes possibles et de l'indocilité des malades. Ces derniers éprouvent d'ailleurs des nausées, des vomissements causés par les attouchements de l'arrière-gorge.

Et même quand le tamponnement a pu s'effectuer sans trop de malaises pour le patient, le fil postérieur, dans les mouvements de déglutition, scie douloureusement le voile du palais. (Frédet, *Union médicale*, 1880.)

De plus, quand le tampon est en place depuis un certain temps, il exerce des phénomènes de compression douloureuse et d'irradiation dans la sphère des pneumogastriques.

Dumarquay et Duvernet ont montré que ce procédé d'hémostase était insuffisant, et ils ont vu le sang refluer par les points lacrymaux. La masse tamponnante dont l'introduction est difficile, détache, par une sorte de ramonage, les caillots obturateurs qu'on avait intérêt à ménager.

C'est non seulement parce qu'il est difficile et insuffisant que le tamponnement postérieur doit être laissé de côté, mais c'est surtout par les dangers, les complications auxquels il expose.

Il y a, en effet, rétention du sang et des sécrétions derrière le tampon, décomposition putride due à la stagnation de ces produits, et on voit toutes les conséquences que peut avoir dans cette région un pareil foyer septique.

Hartmann cite trois observations où le tamponnement complet a été suivi d'une inflammation de l'oreille moyenne.

Dans la thèse de Chevallier, on trouve trois observations empruntées au professeur Tillaux; d'otite interne grave, consécutive au tamponnement postérieur. L'une même se compliqua de suppuration mastoïdienne; il y eut enfin une propagation aux méninges suivie de mort.

Vidal de Tassis attribue aussi à un tamponnement postérieur une inflammation des cavités naso-maxillaires, et une congestion cérébrale consécutive qui se termina par la mort.

Dans la thèse de Jean Villedary (Bordeaux, 1887), nous trouvons une observation d'épistaxis rebelle pour laquelle on pratiqua le tamponnement avec la sonde de Belloc. Le tampon fut laissé neuf jours dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

A la suite, on observa un coryza purulent, qui passa à l'état chronique, et pour lequel la malade était encore en traitement en 1887, c'est-à-dire trois ans après.

Dans le concours médical (1892), nous trouvons une clinique de M. H. Barth dans laquelle on parle d'un malade ayant de la néphrite saturnine, soigné par les moyens ordinaires, notamment par l'iodure de potassium. Ce malade eut une épistaxis qui céda à un traitement simple. Puis, dans la soirée, survint une seconde épistaxis, très abon-

dante, traitée par le tamponnement classique avec la sonde de Belloc.

Le lendemain il paraissait mieux. Deux jours après, otite double de la caisse avec suppuration. Deux jours après, une nouvelle épistaxis survenait encore, et quoiqu'on fut parvenu à l'arrêter, le malade mourait quelques jours après.

En 1891, le Dr Moure (*Revue laryngologique*) disait : « Par le tamponnement postérieur, on ferme la trompe d'Eustache avec le sang et les mucosités qui s'y rencontrent; par le tamponnement antérieur, on forme un deuxième clapier, grâce au sang et aux mucosités emprisonnés entre les deux tampons. Une pareille manière de faire n'est pas sans inconvénients, et le tamponnement n'est pas rationnel de nos jours.

Dans une communication faite au commencement de cette année à la Société d'otologie de Paris, le Dr Gellé publie une observation d'otite suppurée, et d'accidents cérébraux consécutifs à un tamponnement postérieur dans une épistaxis grave. Il ajoute que le tamponnement postérieur dans l'épistaxis est dangereux, non seulement pour les oreilles, mais pour la vie.

La pathogénie de l'accident otique est bien comprise, mais on n'abandonne pas la pratique du tampon postérieur. M. le professeur Tillaux pense que c'est une affaire de tampon, que sa forme, son volume étant bien calibrés, il n'y a plus de danger à redouter.

« Donnez au tampon, dit le savant professeur, une dimension de 3 centimètres de hauteur, et 15 millimètres
« en largeur, afin que, les bords se repliant légèrement, il

« entre à frottement et bouche hermétiquement la cavité
« en venant s'appliquer sur l'extrémité postérieure du cor-
« net inférieur qui lui sert de point d'arrêt. De cette façon,
« vous assurerez l'hémostase, vous n'irriterez pas la trompe
« d'Eustache; le tampon, beaucoup moins gênant, sera
« mieux supporté, et le voile du palais pourra se mouvoir
« librement pendant la déglutition. »

Cependant, comme le fait remarquer M. le Dr Gellé, le temps pendant lequel le tampon reste en place, pendant lequel il séjourne à l'orifice nasal, auprès du pavillon de la trompe qu'il comprime forcément, paraît être un des éléments importants de la production de cette complication. Aussi M. le professeur Tillaux conseille-t-il de laver les cavités nasales dès le deuxième jour; mais il laisse le tampon jusqu'au quatrième jour; or, dans deux mémoires qu'a publiés le docteur Gellé, il a montré que les oreilles avaient déjà suppuré, bien que le tampon eût été enlevé au bout de deux jours. Cette rapidité d'évolution qui peut étonner s'explique par l'analyse des faits.

Si, en effet, souvent l'épistaxis a lieu avant l'otite, si celle-ci peut être un effet du traitement de celle-là, on trouve des cas où l'épistaxis accompagne l'otite, évolue sous l'influence du même raptus sanguin, marque pour ainsi dire son début; alors, on l'a vue parfois se produire par la narine opposée à l'oreille frappée d'otite; enfin, on a observé l'hémorrhagie par l'oreille, en même temps que l'épistaxis, dans certains cas de perforation large du tympan.

Ceci montre qu'il y a et peut souvent y avoir un rapport d'évolution très intime entre les deux phénomènes qui seraient simultanés, et non l'un consécutif à l'autre.

On ne peut oublier les faits dans lesquels l'hémorrhagie a pu, suivant son point de départ, faire irruption à la fois par la narine et par la trompe; dans le même temps, le sang a pris les deux voies. La sténose nasale aide à ce reflux. Par suite, au mode de genèse de l'otite bien admis aujourd'hui, celui qui consiste dans l'irritation due au contact du tampon et surtout à la pénétration de l'humeur et du sang putréfiés dans les caisses, il en est d'autres à ajouter. L'oreille peut être envahie primitivement ou secondairement par le sang; l'otite est primitive et hémorrhagique ou secondaire et infectieuse, putride; mais dans les deux cas, il y a eu pénétration de corps étrangers dans la cavité de l'oreille moyenne,

Dans tous les cas, que vient faire le tampon? il s'oppose à la sortie du sang quand il a pénétré déjà dans la caisse, ou bien il facilite la pénétration des humeurs putrides dans l'oreille jusque-là indemne.

De toutes façons, il est nuisible. Le sang hors des vaisseaux, stagnant dans les cavités nasales ou auriculaires se putréfie, mêlé à la multitude des micro-organismes qu'elles contiennent; l'inflammation devient septique.

Le tampon, ajoute M. Gellé, enferme le loup dans la bergerie; et l'otite infectieuse ou des otites bilatérales suppuratives simultanées se déclarent avec le caractère de gravité, avec la rapidité d'invasion et d'évolution de ces affections septiques. Bien plus, si l'obstacle n'est pas levé à temps, ce n'est pas le malade qui demandera secours; depuis longtemps il peut être dans le coma, ou le délire, et le diagnostic se fera dès lors par l'issue brutale d'un flot de pus infect par l'une ou les deux oreilles; ou bien, le

malade succombera par la propagation de l'infection à la cavité crânienne,

Cette cruelle terminaison n'est pas rare; en 1882, le docteur Geli en a cité un cas. Il est donc urgent de montrer tous les dangers du tamponnement postérieur. Ce n'est pas le tampon qui est plus ou moins mal fait, c'est le tamponnement lui-même qui est une opération très malfaisante, plus longtemps le tampon reste en place, plus le danger est grand.

Dans l'observation qu'on va lire, le tampon est resté fort longtemps, l'hémorrhagie était rebelle; le docteur Gelé ne la produit pas comme un élément de jugement du temps pendant lequel il doit être maintenu aux choanes; mais c'est un fait très net où les signes de complications du côté du cerveau ont été des plus sérieux et avaient complètement fait dévier le diagnostic, et mis en échec la perspicacité d'un praticien très instruit; en effet, l'existence d'une albuminurie chronique semblait donner l'explication naturelle de l'apparition des symptômes cérébraux qui succédaient à l'épistaxis.

La nocuité du cloaque infect constitué par le tamponnement passait inaperçue. La crainte de l'épistaxis est salutaire; mais celle des otites suppurées consécutives au tamponnement postérieur ne saurait être trop éveillée.

OBSERVATION

M. M....., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement, il y a un mois, sur son chantier,

d'une épistaxis intense par la narine droite, qui résista aux premiers soins et le força à rentrer chez lui.

Depuis cinq ans, cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible, mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé, après tous les essais infructueux des différents moyens d'hémostase, de pratiquer, au bout de deux jours, le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet.

Il eut la précaution de faire le lavage de la fosse nasale, avec des solutions légèrement phéniquées chaudes; mais le tampon dut être maintenu plusieurs jours, trois jours et demi, au dire du malade.

Dès la deuxième nuit, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête, et dans l'oreille droite, il a de la fièvre, de l'agitation; il se plaint; il paraît être affaibli, il avale difficilement.

La journée et la nuit suivantes sont plus mauvaises encore; les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon; le cou est gonflé, douloureux; la tête s'incline de ce côté; le malade laisse échapper des cris de douleur, se lève, se recouche; il a les yeux brillants et semble très abattu.

La tête est chaude et tout le côté droit très sensible au toucher; le troisième jour, le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine, il est étendu, geint et pousse des cris par moments.

Les calmants, le sulfate de quinine, les sinapismes, n'arrivent pas à procurer le repos; puis la torpeur devient con-

tinuelle, la somnolence difficile à vaincre, et les réponses sans suite : en réalité, on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la quatrième nuit on enlève le tampon postérieur; on lave les fosses nasales et l'on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont couverts, sont baignés de pus jaune épais, d'odeur infecte, comme l'humeur qui coule du nez débarrassé du tampon.

L'oreille est sourde totalement à droite; la région mastoïde rouge, chaude, douloureuse, et le pavillon saillant en avant. Il y a un léger torticolis à droite.

De plus, le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée, mais conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer, depuis cette issue d'un flot de pus pendant la nuit.

En définitif, le troisième jour et la quatrième nuit, la situation a été des plus critiques.

Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus, et le coma succédant évidemment à la période d'agitation et de plaintes.

C'est à ce moment que la famille prévenue du danger me fait appeler, non comme auriste, puisque l'oreille n'a pas encore coulé, mais comme médecin autrefois bien connu d'elle, et j'arrive auprès du malade le matin du jour où l'issue du pus l'a sauvé, en même temps qu'elle a posé le diagnostic, et assez à temps pour expliquer la pathogénie de la grave complication otique, des accidents cérébraux, et pour constater une fois de plus les méfaits du tampon postérieur.

Quinze jours après, la suppuration est moins abon-

dante; le gonflement chaud de la région mastoïde a disparu; le tympan est blanc rosé, la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé au dehors par le politzer, qui siffle maintenant.

Le malade mange et ne souffre plus. La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore; la gorge est bien; l'engorgement du cou a disparu; mais il reste un état fâcheux de faiblesse intellectuelle et de paresse des jambes.

Un mois plus tard, le malade revenait voir le docteur Gellé, qui trouva l'état général aussi satisfaisant que possible, et l'oreille en bonne voie de cicatrisation; la montre était entendue à 5 ou 6 centimètres du côté de l'otite et la perception crânienne était revenue.

Nous avons vu que l'épistaxis en dehors de celles qui se rattachent à une maladie générale, dépend le plus souvent d'une lésion locale toujours la même et occupant toujours la même place.

C'est sur ce traitement particulier que nous devons maintenant porter toute notre attention, sans craindre de revenir sur certains points que nous avons déjà traités, ceci étant le but principal de notre travail.

Prévenir le renouvellement de l'hémorrhagie, voilà l'indication principale du traitement. C'est à peu près la seule lorsque l'hémorrhagie est due à une lésion de la muqueuse. Le gonflement chronique de la pituitaire, les ulcérations, les érosions, les varices, doivent être traitées énergiquement par la cautérisation pour détruire les petits vaisseaux qui donnent du sang sur la partie antérieure de la cloison.

Suivant le docteur Albert Ruault, c'est le seul traitement des épistaxis spontanées à répétition, généralement peu abondantes, plus incommodes que dangereuses, survenant surtout chez les jeunes sujets, et chez des gens en bonne santé, exempts de tares organiques et de troubles marqués de la nutrition générale.

En pareil cas, bien que les troubles vaso-moteurs de la pituitaire soient un facteur bien plus important que la petite lésion vasculaire, c'est cependant celle-ci que tout d'abord le médecin doit rechercher et s'efforcer de faire disparaître. Les troubles circulatoires sont dus à des causes multiples, fréquemment insaisissables, presque inévitables dans la plupart des cas; la lésion locale, au contraire, est souvent aisée à reconnaître et facile à guérir.

Tous les cas sont identiques, dit le docteur A. Martin. Tout le monde a vu la même chose :

1° Que si on essayait le sang placé à la partie antérieure des narines, il n'y en avait pas derrière;

2° Que si on plaçait un petit tampon à la partie antérieure de la cloison, on arrêtait le sang.

En regardant avec attention cette partie antérieure de la cloison, on voit une petite artère qui chemine verticalement, et se divise à sa partie supérieure en plusieurs branches se dirigeant vers le pharynx. Cette petite artère est appliquée sur le cartilage de la cloison et recouverte par une muqueuse très fine; elle est donc peu protégée par elle-même et exposée à être rompue par de simples contacts. Aussi, comme le font remarquer tous les premiers expérimentateurs, toutes les fois qu'un malade vient, se plaignant de saignements de nez répétés, on trouve à cette

partie antérieure de la cloison, une petite croûte noirâtre que nous avons déjà signalée plus haut. Si on soulève cette petite croûte, le sang jaillit du point ainsi dénudé.

Le siège de l'écoulement est donc déterminé, il est facile d'arrêter le sang.

Pincer l'artère et la lier est la première chose qui se présente à l'esprit; mais cette artère est bien petite, bien fragile, et avec la pince on ne peut que la déchirer, et par conséquent augmenter l'orifice de sortie du sang.

Le docteur Ruault pense que puisque les épistaxis se produisent à la faveur d'une simple *érosion*, superficielle, dont la cicatrisation est entravée, il suffit pour obtenir une guérison définitive, d'obtenir du malade qu'il s'abstienne de reproduire cette érosion. On lui conseillera donc d'éviter de se moucher souvent et de porter la main à son nez, on lui recommandera d'introduire dans la narine malade, deux ou trois fois par jour, gros comme une noisette de vaseline blanche. Pour mettre cette pommade, le malade ne doit ni se servir du doigt, ni d'un pinceau, il faut qu'il la fasse pénétrer seule. Il doit en charger une spatule (le manche d'une cuiller à café en tient lieu), et s'en remplir la narine sans y faire pénétrer l'instrument, en penchant fortement la tête en arrière. Dès qu'elle est arrivée dans la fosse nasale, la vaseline fond; une partie s'écoule dans le pharynx d'où elle est rejetée au dehors par expiration, une partie aussi s'écoule en avant par la narine le long de la lèvre, d'où on l'enlève doucement avec le mouchoir, le reste baigne la partie inférieure de la pituitaire et imprègne les concrétions sanguines qui s'y trouvent. On conseille au malade de suivre cette prescription deux ou trois semaines.

Cé procédé écarté, reste l'emploi du cautère actuel, en ce moment le galvano-cautère, ou des caustiques chimiques, tels que l'acide chromique, le nitrate d'argent.

Le galvano-cautère outre l'inconvénient de n'être pas à la portée de tous les praticiens, a celui de faire une escharre trop profonde, et lorsque cette escharre se détache, la grande perte de substance expose à une nouvelle hémorrhagie. Cependant on verra dans les observations I et II qui suivent que le D^r Carl Michel l'employa avec succès.

L'acide chromique en cristaux est trop déliquescent et pour cela difficile à conserver. Il est de plus difficile de limiter son action, bien que le D^r Héring, de Vienne, ait employé une méthode pour ôbvier aux inconvénients de sa déliquescence. Enfin c'est une substance toxique, et son emploi exige quelque circonspection.

Le nitrate d'argent, au contraire, se conserve bien et on en trouve partout. On peut donc lui donner la préférence, et voici quel sera le manuel opératoire.

Pendant les préparatifs qui suivent, on fait faire de la compression à la partie antérieure de la cloison, soit par le malade lui-même, soit par une personne quelconque. On prépare quelques stylets avec de petits tampons d'ouate; l'un deux est trempé dans une solution de cocaïne au 1/5; sur un stylet plat on fait fondre une perle de nitrate d'argent; on a en outre un peu d'ouate boriquée et de vaseline, et on est armé pour arrêter l'hémorrhagie. On se place devant le malade et on le fait moucher, de façon à débarrasser la fosse nasale; puis on place rapidement le speculum. Avec les stylets armés de tampons d'ouate, on essuie doucement, et vivement on voit non pas toujours immé-

diatement le point, mais au moins la région de la cloison d'où vient le sang. On place alors sur cette région le tampon imbibé de cocaïne et on attend quelques instants. A la faveur de la contraction produite par la cocaïne, l'écoulement diminue et lorsqu'on retire le tampon, il est facile de déterminer cette fois le point qui saigne; on essuie encore une fois doucement et on applique à l'endroit par lequel on a vu sortir le sang la perle de nitrate d'argent. On la laisse quelques instants et quand on a une escharre suffisante on la retire. On peut alors faire moucher le malade, lui dire de le faire violemment, il ne sort plus de sang.

Deux séances suffisent en général pour former une escharre qui ne tarde pas à tomber, laissant une cicatrisation complète de l'érosion.

OBSERVATION I.

D^r Carl Michel (Cologne, 1879).

Une dame de 63 ans, d'une famille dont les membres sont sains et assez pléthoriques, avait un teint d'un blanc jaunâtre. Elle avait éprouvé, disait-elle, depuis 12 ans que ses règles avaient cessé des épistaxis fréquentes. Environ toutes les 3 ou 4 semaines, elle saignait par la narine gauche. Parfois ce symptôme disparaissait quelques mois.

Au mois d'octobre 1874, l'hémorrhagie se produisit tous les jours plusieurs fois, sous l'influence de la moindre excitation, par exemple, en buvant un verre de vin, ou bien en causant avec animation.

La nuit elle était souvent éveillée par du sang qui s'écoulait dans le pharynx, et provoquait de la toux. On soupçonnait la présence d'une tumeur des fosses nasales, mais quand la malade vint me consulter, je trouvai les fosses nasales tout à fait libres. Seulement, à gauche, je découvris sur la cloison exactement vis-à-vis de l'extrémité antérieure du cornet inférieur un petit caillot adhérent. En le touchant avec la sonde, l'hémorrhagie se reproduisit aussitôt et le sang s'échappa le long du plancher du nez jusque dans la cavité nasopharyngienne, par secousses qui correspon-

daient avec les battements du cœur. Le sang provenait d'un orifice qui ne paraissait pas plus large que la pointe d'une aiguille. J'appliquai le galvano-cautère en ce point. Tout d'abord, le sang s'écoula plus abondamment parce que en enlevant l'instrument l'escharre fut détachée avec lui. Je pratiquai des injections d'eau froide, et quand l'hémorrhagie fut diminuée, j'appliquai un plus large cautère tout à fait froid. Je le fis rougir puis refroidir alternativement plusieurs fois. J'enlevai alors le cautère avec prudence et l'hémorrhagie cessa complètement. L'escharre avait environ $3/4$ centimètre de diamètre. Elle devait être large pour atteindre non seulement le vaisseau lésé mais encore les branches vasculaires circonvoisines. Le lendemain cette dame éprouvait dans les dents de la machoire inférieure une sensation de chaleur, mais l'hémorrhagie ne s'était point reproduite.

Je jugeai nécessaire de pratiquer une dernière cautérisation sur l'escharre gris noirâtre, pour l'unir intimement aux parties sous-jacentes. La coagulation de l'exsudat sur sa face profonde suffit parfaitement pour remplir ce but.

OBSERVATION II.

D^r Carl Michel.

Un tisserand, âgé de 26 ans, vint me consulter le 12 janvier 1876, se plaignant d'épistaxis.

Il y a 3 ans déjà, il avait saigné du côté droit, tous les jours, pendant un long intervalle, à tel point, disait-il, qu'il était devenu si faible qu'il pouvait à peine marcher.

Comme je lui introduisais le spéculum dans la narine droite, le sang commença à jaillir, ce qui indiquait que la source devait se trouver à l'entrée de la cavité. De la voûte rien ne s'écoulait et le plancher du nez était seul teinté de sang. Cependant il me fut impossible de découvrir le point exact où j'eusse pu appliquer le galvano-cautère. Cette hémorrhagie s'arrêta par la compression du nez, et la seule chose que je pus distinguer, c'est que la cloison, à sa partie antérieure, en face du cornet inférieur, était un peu rouge et présentait quelques ramifications vasculaires plus développées qu'à l'état normal. Je touchai cet endroit très légèrement avec le nitrate d'argent, et je conseillai au patient de revenir au bout de quelques jours.

16 *janvier*. — Le malade n'a pas été un seul jour sans avoir d'épistaxis. J'introduis le speculum exclusivement dans la partie cartilagineuse, je l'ouvre prudemment et vois tout à fait en avant, à l'entrée de la portion osseuse sur la cloison, tout près du plancher du nez un morceau de sang caillé qui n'était pas plus gros que le point d'un i ; à peine l'avais-je touché, que le sang coula en abondance ; je l'arrêtai de la façon que j'ai indiquée plus haut, au moyen du cautère.

23 *janvier*. — L'escharre est tombé, mais depuis l'opération il n'y a plus eu la moindre trace d'hémorrhagie.

OBSERVATION III

M. le docteur Paul Hélot.

M^{me} C..., 50 ans, habite les environs d'Elbeuf (août 1887). Rhumatisante, elle est prise, à Plombières, pendant son traitement, d'épistaxis abondantes et répétées avec une telle intensité, que ne pouvant plus suivre son traitement, elle résolut de rentrer chez elle.

Le voyage fut lamentable, d'autant plus que l'on croyait à une affection grave. Je vis la malade quelques heures après son arrivée, et dus passer beaucoup de temps à nettoyer son nez, qui saignait toujours, malgré l'emploi immodéré de la solution de perchlorure de fer.

La narine droite seule donnait du sang, et je pus constater qu'il venait de la partie antérieure et inférieure de la cloison, sans pouvoir préciser l'état de la muqueuse à cause des désordres causés par le perchlorure de fer.

Je fis un tamponnement antérieur avec du coton hydrophyde à l'acide borique que j'avais sous la main, et recommandai d'appuyer sur la narine si l'écoulement revenait; mais il ne reparut plus, et je ne revis la malade que quelques semaines après, aussi satisfaite de la simplicité du traitement efficace que je lui avais fait, qu'elle mécontente du médecin des eaux qui ne l'avait pas soignée utilement.

Les phénomènes congestifs qui s'étaient manifestés pen-

dant la saison thermale avaient disparu d'eux-mêmes ; la muqueuse de la cloison présentait un dépoli marqué, et les vaisseaux étaient visibles plus que d'habitude, mais ne saignaient pas au contact du stylet.

OBSERVATION V

M. le docteur Paul Hélot.

La sœur X..., 76 ans, morte depuis d'une hémorrhagie cérébrale cardiaque — artério-sclérose généralisée.

Saigne fréquemment du nez, très abondamment et se trouve soulagée par chaque hémorrhagie.

Se trouve améliorée par un traitement comprenant le régime lacté, des diurétiques, du calomel.

On constate une petite ulcération de la cloison à droite. On la cautérise pas, et on se contente, lorsque l'hémorrhagie se prolonge, de la compression de la narine.

OBSERVATION VI

Monsieur le docteur Paul Hélot.

Mme D..., 48 ans, mai 1889. Est rhumatisante, a des pertes utérines entretenues par des corps fibreux.

Vient de passer l'hiver à Dax, où elle a eu à la fin de son séjour des épistaxis abondantes, pour lesquelles elle a subi deux fois le tamponnement complet des fosses nasales.

Les saignements de nez se répètent à Rouen plusieurs fois par jour, se font depuis plusieurs semaines exclusivement par la narine droite. Le 17 mai Mme D... a perdu du sang pendant 3 heures consécutives. Quand je la vis, le soir, elle était depuis plus d'une heure dans un état demi-synopéal, et j'assistai à une perte de connaissance complète. Dans son entourage on est très effrayé, on a fait venir un prêtre, on croit qu'elle va mourir. Elle est tout à fait indifférente, fait de temps à autre un effort pour vomir du sang dégluti.

Je fais un tamponnement antérieur de la narine droite avec du coton styptique au perchlorure de fer (coton sec), en bourrant la narine le plus possible.

L'écoulement s'arrête aussitôt.

Je fais coucher la malade la tête basse, et je donne d'heure en heure un centigramme d'extrait thébaïque pour calmer les douleurs de tête consécutives à la perte de sang abondante. Le lendemain pas d'hémorrhagie.

Le 19 mai au matin, léger écoulement par la narine gauche, qui n'a pas saigné depuis longtemps. Le tampon de droite est retiré sans effort et l'on se garde bien d'enlever le sang desséché faisant avec le perchlorure de fer obturation.

Le soir du même jour abondante hémorrhagie des deux côtés. J'arrive à un moment où le sang est arrêté, mais pour éviter le retour, je fais au lieu d'élection qui m'était indiqué par de petites croutes de sang sec des deux côtés

de la partie antérieure et inférieure de la cloison, une cautérisation avec du nitrate d'argent solide.

Un léger écoulement de sang me montre que j'agis bien sur la place malade. Nouvelle hémorrhagie de peu d'importance, à droite, dans la nuit. Seconde application de nitrate d'argent à droite.

Depuis ce temps, Mme D... n'a pas perdu de sang par le nez.

J'avais dû modifier le régime de ma malade qui, sous le prétexte de faiblesse, se gorgeait de viandes saignantes, de vin pur, de vin de quinquina; à cause de ses douleurs elle ne faisait aucun exercice. Aussi lui avais-je prescrit des laxatifs, et un régime plus frugal.

Deux semaines environ après les accidents relatés, Mme D... se trouvait dans son état de santé habituel et ne se plaignait que de montées de chaleur avec transpirations comme les femmes en ont souvent au moment de la ménopause. Ses règles n'étaient pas venues depuis 4 mois.

Ces accidents pénibles de bouffées de chaleur au visage allaient en s'accroissant, s'accompagnaient de tintements d'oreilles, si bien que la malade qui ne perdait plus de sang, en vint à réclamer une saignée. Ce que je me refusais à faire, la nature se chargea de l'accomplir, Mme D... fut prise d'une fluxion hémorrhoidale, la première de sa vie, suivie d'écoulement de sang, puis d'une perte utérine.

Pendant plusieurs mois les choses se passèrent ainsi, les malaises revenant quand les règles se faisaient attendre, pour diminuer quand le sang se montrait de nouveau, jusqu'à ce que la ménopause s'étant accomplie, la malade fut entièrement débarrassée de ses incommodités.

Voilà une malade qui, il y a 50 ans, aurait été saignée méthodiquement, et je n'ose dire qu'on aurait eu tort d'agir ainsi.

A ces observations il nous serait possible d'en joindre beaucoup d'autres, dans lesquelles toujours la même lésion a été observée, siégeant à la même place, chez des malades atteints de fièvre typhoïde, chez des enfants de 12 à 15 ans, anémiques, et enfin chez des malades vus à la Clinique de rhinologie, laryngologie de M. le Dr Paul Hélot. Ces derniers auxquels on a fait des cautérisations au nitrate d'argent, ont eu leurs épistaxis arrêtées non seulement immédiatement, mais sont revenus plus tard déclarant ne plus avoir eu jamais depuis de nouvelles hémorrhagies nasales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BONHOMME DE MONTAIGUT. — Contribution à l'étude de l'épistaxis. Varices nasales. Thèse de Paris, 1882.
- ACHILLE BONTY. — Contribution à l'étude de l'épistaxis. Thèse de Montpellier, 1884.
- JULES HERCK. — De quelques cas d'épistaxis critiques dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1883.
- CHARLES MÉYRIGNAC. — De l'épistaxis considérée comme hémorrhagie sénile. Thèse de Bordeaux, mai 1887.
- THÉOPHILE VIENNOT. — De l'épistaxis en général et de sa valeur comme élément de diagnostic et de pronostic. Thèse de Paris, octobre 1880.
- JEAN VILLEDARY. — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement. Thèse de Bordeaux, 1887.
- CARL MICHEL. — Traité des maladies des fosses nasales d'après des observations personnelles, Cologne, 1879.
- LENNOX BROWNE. — Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales.
- VERNEUIL. — Archives générales de médecine. Académie de médecine. Séance du 26 avril 1887.
- W. MOLDENHAUER. — Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal. 1888.
- JOAL (du Mont-Dore). — De l'épistaxis génitale. Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Dr E. J. Moure. Février 1888.
- GOSSELIN. — Gazette des hôpitaux, 1882.
- FRÉDET. — Union médicale, 1880.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.

H. BARTH. — De l'épistaxis dans la néphrite chronique.
Le concours médical. 28 mai 1892.

D^r GELLÉ. — Otite suppurée, accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur. Archives internationales de laryngologie, etc. Ruault et Luc.

D^r A. MARTIN. — De l'épistaxis et de son traitement. Revue générale de clinique et de thérapeutique. 27 janvier 1892.

D^r ALBERT RUULT. — Archives de laryngologie, rhinologie. Décembre 1889.

FORGUE ET BOINET. — Epistaxis. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Dechambre.

PUECH. — Epistaxis supplémentaires. Académie des sciences, 1861.

LENNOX BROWNE. — Epistaxis supplémentaire. Améric.

PAULI. — Gazette médicale, 1839, p. 636.

OTTO OBERMEIER. — Virchow's archiv. 1872.

CAUCHOIS. — Société de Biologie, 1872.

DUMÉNIL. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1873.

KIESSELBACH. — Berl. Klin Wochensch, 1883.

ZUCKERKANDL. — Mém. des sc. nat. de l'Académie des sciences de Vienne. t. XLIX.

CALMETTES. — Progrès médical, 1881.

Vu le Président de la thèse :

TILLAUX.

VU :

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Doyen,
BROUARDEL.

*Le Vice-Recteur de l'Académie
de Paris,*
GRÉARD.

